

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

No
33

POUR

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ALBERT LALLEMENT

Né à Nantes, le 7 Juillet 1898

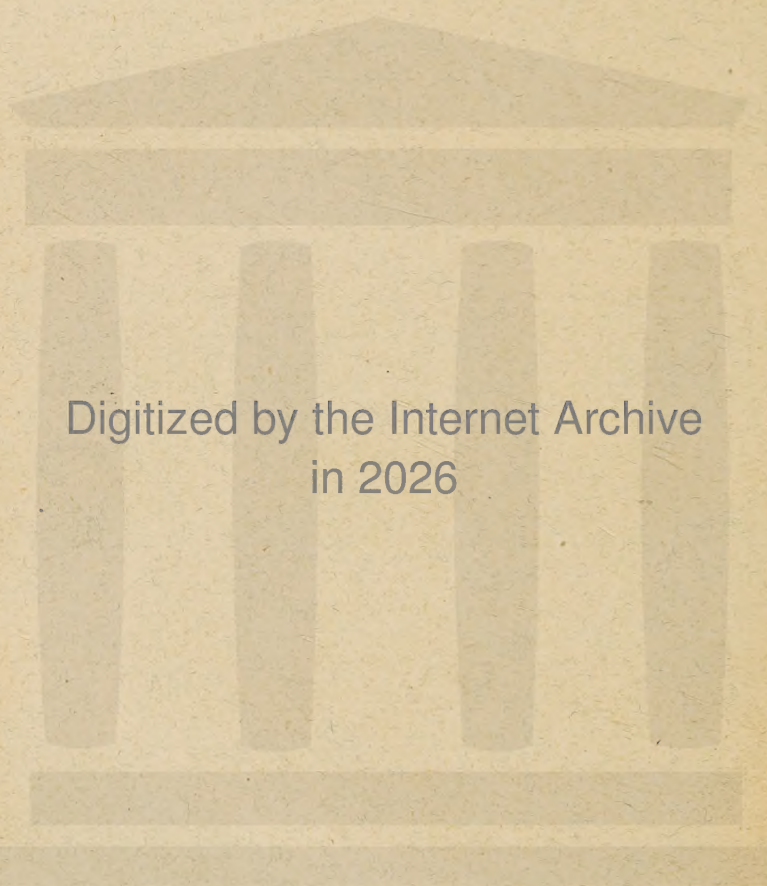
PRONOSTIC ET TRAITEMENT
de l'insuffisance cardiaque du Vieillard

Président de Thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153302_0316

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

POUR

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ALBERT LALLEMENT

Né à Nantes, le 7 juillet 1898

PRONOSTIC ET TRAITEMENT de l'insuffisance cardiaque du Vieillard

Président de Thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1924

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	N. . .
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N. . .
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic ¹ .
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgic ¹ .
BEAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIERE.	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgic ¹ .
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER...	Urologie.
HOVELACQUE....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ¹ .
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ¹ .
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ¹ .
MONDOR.....	Pathologie chirurgic ¹ .
MOURE.....	Pathologie chirurgic ¹ .
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHEL Fils.....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉMIOT.....	Obstétrique

MM.

RETTNERER.....	Histologie
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
LÉRJ.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmologie
LÆPER.....	Clinique médicale.		

V. CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Professeur de Clinique Médicale Infantile ;
Médecin de l'Hôpital des Enfants malades ;
Membre de l'Académie de Médecine ;
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRELET

Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse et guidé de ses aimables
conseils.

A MESSIEURS

LES PROFESSEURS OLLIVE ET U. MONNIER

A MES AUTRES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE NANTES

INTRODUCTION

« Etablir un pronostic », a écrit le Professeur Roger, c'est « résoudre le problème le plus difficile et le plus important de l'art médical. » Cet aphorisme, qui s'applique d'une façon générale à toute la clinique, trouve dans la pratique des maladies du cœur, en particulier, une démonstration remarquable. Tous les Traités de Médecine insistent sur les difficultés du pronostic dans les diverses formes d'insuffisance cardiaque. Combien de malades atteints d'asystolie d'apparence irréductible, dont la mort semble imminente, reviennent à la vie grâce à un traitement judicieusement prescrit et continuent ensuite à mener, pendant des mois et même de longues années, une existence presque normale, en se soumettant à des mesures d'hygiène que les malades les plus indociles observent quand ils en ont compris l'importance.

Dans ce modeste travail, nous nous proposons d'apporter quelques observations qui nous paraissent présenter de l'intérêt pour l'étude du pronostic dans l'insuffisance cardiaque du vieillard ; nous chercherons ensuite à résumer les règles générales du traitement propre à améliorer ce pronostic et à retarder la terminaison fatale.

PREMIÈRE PARTIE

PRONOSTIC

Si l'on consulte les Traités de Médecine publiés depuis une quarantaine d'années, on y apprend que l'évolution de l'asystolie étant extrêmement variable, le pronostic est très difficile à établir. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Toutefois, quand il s'agit du cœur sénile, on constate certaines divergences d'opinion : chez le vieillard, dont le myocarde scléreux semble moins en état de réagir à une perturbation fonctionnelle que chez l'adulte, il apparaît a priori qu'une insuffisance cardiaque doit présenter une gravité particulière. Les recherches de Nicolle concluaient dans ce sens: d'après cet auteur, la marche de la myocardite chronique, bien que difficile à apprécier exactement, est néanmoins rapide : en effet, « il ne paraît pas se passer en général plus d'un an à un an et demi entre le début des accidents (reconstitués par l'interrogatoire du malade) et la terminaison fatale: et encore celle-ci peut être hâtée par l'éclosion de symptômes mortels à bref délai. »

Barié se range à cette opinion. Il estime que c'est en s'appuyant surtout sur l'évolution lente de formes légères qu'on attribue à la myocardite une durée qui peut s'étendre pendant un temps fort long, et qu'en réalité la terminaison ne se fait jamais attendre plus d'un an et demi quand l'affection a commencé à donner lieu à des accidents nets et suivis.

À ces deux déclarations pessimistes, nous pouvons opposer l'opinion de Rigal qui, au contraire, a prétendu que les myocardites chroniques ont une évolution extrêmement lente, permettant au malade de pouvoir succomber, dans sa vieillesse, à une maladie intercurrente.

Certes, sur ce sujet, il n'y a rien d'absolu, et les opinions extrêmes peuvent se trouver vérifiées dans un grand nombre de cas. Toutefois, on peut se demander à quelle évolution répond la généralité des faits observés, en s'appuyant sur l'ensemble de toutes les formes, légères ou graves.

Dans ces conditions, on est forcé de reconnaître que Nicolle avait poussé au noir le tableau de la sclérose cardiaque. Aussi voit-on ce tableau s'éclaircir dans les travaux plus récents : la plupart des auteurs, revenant sur l'évolution rapide attribuée par Nicolle à la myocardite chronique, déclarent qu'une durée aussi courte est exceptionnelle et qu'en général on observe une survie s'étendant à un nombre notable d'années.

Le professeur Vaquez écrit que le pronostic de la myocardite chronique, grave quand l'insuffisance cardiaque est progressive, l'est relativement moins quand

elle procède par étapes, et que l'on peut voir succéder à des épisodes aigus des rémissions d'assez longue durée, pourvu que les malades ne s'écartent pas des lois de l'hygiène. Il montre d'autre part que, dans la grande insuffisance, il ne faut pas se lasser de répéter que tout espoir n'est pas perdu, alors même que la mort paraît imminente.

Lian, étudiant les diverses formes cliniques des syndrômes myocarditiques de la poly-sclérose post-cinquantenaire, distingue à côté des accidents graves, degré moyen ou intense d'insuffisance cardiaque, qui comportent un pronostic sérieux, pour le moins réservé, et ne permettent en général qu'une survie de quelques années, des formes légères pouvant comporter une longue survie.

Fiessinger sépare du groupe des myocardites chroniques, qui renferme des formes d'allure longtemps bénigne et des formes d'une gravité immédiate, la myocardite dite sénile, la moins grave de toutes les dégénérescences du muscle cardiaque, et montre que cette affection peut s'éterniser pendant des années sous l'influence d'un traitement digitalique. Il cite comme exemple le cas d'un général qui, devenu asystolique par myocardite sénile à 73 ans, est mort à 86 ans passés.

Cette longue survie habituelle des vieillards atteints de myocardite chronique et arrivés à la période asystolique avait frappé M. le Professeur Brelet qui fit en mai dernier, avec son interne M. Joubert, une communication sur ce sujet à la Société Médico-chirurgicale des Hôpitaux de Nantes. Nous avons cru bon de

reprendre cette question intéressante dans notre thèse, et nous avons recueilli dans le service de l'infirmerie des vieillards à l'Hospice Saint-Jacques un certain nombre d'observations que nous allons à présent relater. Quelques-uns de ces malades ont déjà été cités dans la *Gazette Médicale de Nantes*, par MM. Brelet et Joubert.

OBSERVATION I

R..., 76 ans, entre à l'infirmerie le 18 août 1922. Depuis plusieurs années, il était souvent très essoufflé, mais il a cependant pu travailler jusqu'aux premiers mois de 1922. A l'examen, on trouve un souffle diastolique d'insuffisance aortique, avec hypertrophie du ventricule gauche ; de l'hypertension artérielle (21-10 au Vaquez-Laubry) ; de la congestion passive des base pulmonaires ; de l'albuminurie. Après un traitement par la digitaline et la théobromine, il sort de l'infirmerie.

Il nous revient le 4 juillet 1923. A cette date, c'est un asystolique avec arythmie, œdème des membres inférieurs, forte albuminurie (1 gr. 75 par litre) ; la tension artérielle est tombée à 13-7. La digitaline et le repos l'améliorent encore.

Trois mois plus tard, le 15 octobre, grande crise d'insuffisance cardiaque, nécessitant une saignée.

En décembre, nouvelle crise d'asystolie qui cède par le traitement habituel. A partir de cette époque, grâce à des cures fréquentes de digitaline, l'état de R... se maintient ; il peut se lever, faire quelques pas dans la salle, mais le cœur reste toujours arythmique.

Le 10 octobre 1924, R... est pris dans la nuit de nouveaux phénomènes aigus d'insuffisance, qui s'amendent rapidement au moyen d'une saignée et d'une injection d'ouabaïne.

OBSERVATION II

F..., 83 ans, cultivateur, a commencé, vers 1914, à avoir de la dyspnée d'effort et quelquefois un peu d'œdème des membres inférieurs; il a cependant continué à travailler jusqu'en 1921. A cette époque, il a dû se reposer presque complètement; il entre à l'hospice Saint-Jacques, le 30 avril 1923.

On constate alors : un cœur hypertrophié, de l'arythmie; de la congestion passive des poumons; de l'œdème des membres inférieurs; pas d'albuminurie; tension artérielle 21-10. On lui prescrit le traitement habituel, le cœur se régularise. Mais, en août 1923, le cœur redevient irrégulier et depuis le malade est en asystolie irréductible, ayant toujours de l'œdème aux membres inférieurs et de la stase pulmonaire.

Le 18 janvier 1924, survient une grippe, avec bronchite, congestion pulmonaire; la température atteint 39°. Pendant quatre ou cinq jours, l'état du malade est très alarmant; les battements du cœur sont irréguliers, très mous, le pouls à peine perceptible. Nous prodiguons les injections sous-cutanées d'huile éthérée et camphrée, de strychnine-spartéine. F... guérit de cette grippe, revient à son état antérieur, et il a 83 ans. Pendant les mois de février et mars, il ne se lève plus, mais n'est pas très oppressé, a les membres inférieurs un peu œdématisés.

En avril, il contracte un érysipèle de la face; il a encore la force de supporter cette infection; cependant, il se cachectise, a des escarres et finit par succomber fin avril, plutôt d'affaiblissement général que d'insuffisance cardiaque.

OBSERVATION III

H..., 64 ans, est entré dans le service le 13 juillet 1922 : myocardite chronique avec tachy-arythmie, congestion du foie et des bases pulmonaires, albuminurie.

En août 1922, grande crise d'I. C.; souffle tricuspïdien, oligurie. Traitement par la digitaline et la théobromine. Amélioration qui persiste plusieurs mois.

En juin 1923, H... demande l'autorisation de sortir pour aller passer quelques jours dans sa famille aux environs de Nantes; on la lui accorde, mais il revient dès le surlendemain de son départ, très dyspnéique, ayant de l'œdème des membres inférieurs. Avec de la digitaline, de la solubaine, l'asystolie regresse encore.

Le malade restant au repos à l'infirmerie, son état se maintient près d'une année; il reste tachy-arythmique; tension artérielle 18-9; urée dans le sang 0 gr. 50.

Le 2 mai 1924, il est pris de suffocation avec cyanose; saignée de 400 gr. Le malade s'améliore les jours suivants, mais il meurt brusquement le 17 mai.

OBSERVATION IV

C..., 66 ans, est hospitalisé à Saint-Jacques depuis 4 ans, mais travaille à la cuisine. En 1922, il est venu plusieurs fois consulter à l'infirmerie pour de l'oppression; on constate de la myocardite chronique, un gros cœur arythmique.

Le 21 avril 1923, dyspnée plus marquée; œdème des membres inférieurs.

En juin, nouvelle crise d'insuffisance.

Le 23 juillet, C... rentre à l'infirmerie en pleine asystolie. Au bout de quelques jours, il peut quitter le service.

Le 28 septembre, il vient consulter pour les mêmes phénomènes. Cœur très dilaté, arythmique; souffle systolique à la pointe; tension 15-9.

En janvier 1924, C... revient dans le service, très oppressé, avec un épanchement pleural droit; une thoracentèse donne 400 gr. de liquide. Amélioration progressive; en février, le malade se lève et se promène dans la salle.

Le 11 mai, une violente attaque d'asystolie emporte le malade.

OBSERVATION V

P..., 79 ans, sujet à des essoufflements depuis 18 mois, entre à l'infirmerie en mars 1923 avec de la dyspnée, de l'œdème; gros cœur tachy-arythmique. Son état s'améliore; il quitte l'infirmerie, et revient un an plus tard. A ce moment, il est encore tachy-arythmique, mais a de plus un souffle systolique mitral très net; il meurt en asystolie le 14 mars 1924.

OBSERVATION VI (inédite)

C..., 67 ans, entre à l'infirmerie en février 1924, avec un œdème énorme des membres inférieurs, une tachy-arythmie très marquée et une dyspnée intense. Légère albuminurie. C... présentait depuis plusieurs années de la dyspnée d'effort.

Son état s'améliore peu à peu, mais le 1^{er} mai, la dyspnée et l'œdème augmentent; cyanose légère de la face et des extrémités; foie gros et douloureux, cœur tachy-arythmique. Malité et abolition du murmure vésiculaire à la base droite; une ponction ramène un liquide clair.

Le malade se remet et quitte l'infirmerie; il y revient le 3 juin dans un état alarmant : suffocation et cyanose; gros œdème; mêmes signes physiques qu'en mai. Le 6 juin, une thoracentèse à la base droite permet d'évacuer un litre de liquide. C... s'améliore et quitte le service le 12 juillet.

Il revient une troisième fois, le 28 juillet 1924, avec les mêmes symptômes qu'antérieurement. Une thoracentèse donne 1.150 cc. de liquide.

Le 12 septembre, à 10 heures du matin, le malade meurt subitement en commençant son repas.

OBSERVATION VII (inédite)

C..., 65 ans, est affecté de dyspnée d'effort et de palpi-

tations depuis 1922. Dans le courant de 1923, l'essoufflement augmente et se manifeste en dehors de toute fatigue; léger œdème des malléoles. En octobre, les symptômes s'étant accentués, C... est forcé de s'aliter.

Il entre le 18 décembre 1923 à l'Hôtel-Dieu, se plaignant d'une douleur rétro-sternale et présentant un œdème considérable des membres inférieurs, remontant jusqu'à la base du thorax; le malade, en proie à l'orthopnée, a un faciès subictérique et cyanotique. Le cœur est en arythmie complète; pas de souffle orificiel perceptible. Congestions viscérales multiples. En février et en mars 1924, on pratique deux thoracentèses, évacuant chaque fois de la plèvre gauche 1.700 cc. de liquide. Le malade est mis successivement et régulièrement à la solubaïne et à la digitaline. Urée par litre de sérum : 0 gr. 38.

C... passe à Saint-Jacques le 1^{er} juillet 1924. Le 8, nouvelle thoracentèse d'un litre. Depuis état stationnaire. De temps en temps, la dyspnée et l'œdème augmentent, mais cèdent au bout de quelques jours aux toni-cardiaques et aux diurétiques.

OBSERVATION VIII (inédite)

L..., 80 ans, entre à l'infirmerie le 28 janvier 1923 en asystolie; saignée. L'interrogatoire apprend que le malade présentait des signes de dyssystolie depuis de longues années. L'examen pratiqué le 29 janvier révèle un cœur volumineux, tachy-arythmique, avec souffle systolique au foyer aortique; congestion passive des bases pulmonaires; léger œdème des jambes; pas d'albumine dans les urines. L... sort de l'infirmerie bien portant.

Il revient le 14 mai avec les mêmes symptômes, s'améliore, quitte le service. Puis il rentre pour la 3^e fois le 29 septembre, cette fois encore en pleine asystolie; saignée.

Le 30 janvier 1924, L... est pris, pendant son sommeil, de suffocation; il se lève et meurt subitement vers minuit.

OBSERVATION IX (inédite)

F..., 77 ans, est hospitalisé à Saint-Jacques depuis 12 ans. Il entre à l'infirmerie le 8 mai 1923 pour asystolie. Amélioration rapide par le régime et la digitale.

Le 24 juillet 1923, F... est pris d'étouffements avec gêne précordiale et tachy-arythmie. Une ponction de la base gauche ramène une petite quantité de liquide séro-fibrineux. On pratique une saignée de 300 gr.

Depuis cette époque, F... prend régulièrement de la digitale et reste au repos. Son état se maintient.

OBSERVATION X

Mme B..., 72 ans, est facilement oppressée depuis plusieurs années. Elle entre, en mars 1923, à l'Hôtel-Dieu pour congestion pulmonaire. Au bout de quatre semaines, elle sort en bonne santé.

Cinq semaines après, elle passe quinze jours à l'hôpital pour les mêmes accidents. Depuis cette époque, accès de dyspnée fréquents et accentués.

En août 1923, nouvelle crise d'I. C. Elle passe à Saint-Jacques au début d'octobre. Le 15, elle entre à l'infirmerie, très dyspnéique; cœur hypertrophié, insuffisance mitrale; tension artérielle : 13-9; pas d'albumine. On prescrit le traitement habituel. L'amélioration est rapide.

Depuis plus d'un an, la malade est toujours restée au repos à l'infirmerie; toutes les trois semaines, environ, elle fait des crises de dyspnée, accompagnées de congestion des bases et du foie; chaque fois le traitement digitalique amène immédiatement une amélioration. Elle n'a jamais plus présenté de grande insuffisance cardiaque, et reste à la phase d'hyposystolie.

OBSERVATION XI

Mme G..., 69 ans, a travaillé jusqu'au mois de juillet

1922, mais était, depuis plusieurs années, gênée par de la dyspnée d'effort. Elle entre à l'infirmerie de Saint-Jacques en septembre 1922 : souffle systolique mitro-aortique; bronchite bilatérale avec obscurité de la base droite; albuminurie.

En décembre 1922, épanchement plural droit; thoracentèse.

Toute l'année 1923 se passe sans grandes crises d'asystolie, grâce au repos et au traitement, cures de digitaline et de solubaine.

Décédée fin mai 1924, en asystolie.

OBSERVATION XI

Mme P..., 89 ans, affectée de dyspnée d'effort depuis 4 ans, entre à l'infirmerie en novembre 1922. Gros cœur arythmique; tension artérielle 21-11; léger œdème des jambes. Avec le traitement habituel, le cœur se régularise, l'œdème disparaît.

Depuis 2 ans, la malade, toujours au repos et prenant de temps en temps de la digitale, a parfois des accès passagers de dyspnée, mais n'a jamais fait de grandes crises d'asystolie.

En janvier 1924, elle tombe de son lit et se fracture le col du fémur droit; on lui fait un appareil à extension continue. Elle a bien supporté deux mois de décubitus dorsal et n'a pas eu de congestion hypostatique des bases.

Octobre 1924 : tachy-arythmie sans souffle; tension artérielle 22-9; léger œdème aux membres inférieurs; rien à l'auscultation des poumons.

OBSERVATION XIII

Mme L..., 69 ans, entre à l'infirmerie le 23 avril 1923, avec une orthopnée considérable. Elle se plaint d'étouffements depuis plusieurs années et a déjà présenté de l'œdème

à plusieurs reprises. A l'examen : gros cœur tachy-arythmique, congestion des bases pulmonaires; gros foie; œdème énorme des membres inférieurs; albuminurie. Le traitement par la digitaline, la théobromine, la réduction des liquides, amène une amélioration progressive.

Le 20 septembre 1923, grande crise d'asystolie.

Le 23 octobre, thoracentèse pour un épanchement pleural gauche.

Le 3 décembre, dyspnée violente qui s'amende avec la digitaline.

Le 4 mars 1924, oppression intense avec cyanose des extrémités; la malade est mourante; on lui fait une injection intraveineuse d'ouabaine qui remonte rapidement le pouls; le lendemain, deuxième injection. L'état de la malade se relève, puis se maintient. On doit faire une nouvelle thoracentèse à la fin de juin 1924. La malade succombe le 6 juillet 1924.

OBSERVATION XIV

Mme M..., 76 ans, est à l'infirmerie depuis le 23 novembre 1922. Les bruits du cœur sont sourds; on entend un souffle d'insuffisance mitrale; tension artérielle 20-9; congestion bilatérale aux bases des poumons; œdème des membres inférieurs.

Cette malade, qui a eu 8 enfants, est atteinte d'éventrations, de hernies volumineuses; l'intestin fonctionne mal, et de temps en temps le ventre se ballonne quand la constipation est plus marquée; on constate alors une crise d'asystolie avec forte dyspnée. Chaque fois, on institue le traitement par la digitaline ou la solubaine. En février 1924, grande crise d'I. C. A la suite d'une saignée et d'une injection d'ouabaine, la crise cède et Mme M... revient à son état antérieur.

OBSERVATION XV (inédite)

Mme C..., 72 ans, a commencé à présenter de l'oppression, il y a 4 ans.

En octobre 1922, en janvier 1923, puis fin mars 1923, elle est soignée pour asystolie; chaque fois, on lui fait une saignée et on lui prescrit de la digitale. L'amélioration se maintient ensuite près d'un an.

En février 1924, crise d'asystolie.

Depuis, Mme C... a parfois des recrudescences d'insuffisance cardiaque. La dernière crise date du 20 septembre.

OBSERVATION XVI (inédite)

Mme F..., 96 ans, est dans le service depuis plusieurs années; elle présente un gros souffle d'insuffisance mitrale, et se plaint seulement d'un peu d'oppression quand elle marche. De temps en temps, elle fait des accidents légers d'hyposystolie. Tout rentre bientôt dans l'ordre sous l'action de la digitale; mais cette femme ne se lève plus depuis 3 ans. L'état général demeure excellent.

A ces seize observations provenant de l'hospice Saint-Jacques, nous ajouterons deux observations intéressantes communiquées par M. le Professeur Brelet.

OBSERVATION XVII

M. X... est un vigoureux septuagénaire, gêné seulement depuis plusieurs années par de la dyspnée d'effort. Quand il me consulte pour la première fois, en mars 1921, je constate un cœur augmenté de volume, tachy-arythmique, de la congestion du foie, un peu d'albumine. Repos, régime, cures de digitaline. La situation se maintient la même pendant deux ans; cependant, M. X... a parfois de l'œdème des

membres inférieurs, et son myocarde ne lui permet plus, comme autrefois, de mener une vie très active.

Le 20 février 1923, M. X... est pris de fièvre, il tousse; je constate de la bronchite, avec une température de $38^{\circ}4$; c'est la grippe. Le 22 février, il a $39^{\circ}2$ avec une grande dyspnée et un foyer de congestion pulmonaire à la base gauche. Dans la nuit du 22 au 23, une hernie inguinale droite, que le malade avait depuis plusieurs années, s'étrangle à la suite des quintes de toux; vomissements bientôt fécaloïdes. Le 23 février, mon excellent maître, M. le Professeur M. Bureau, vient en consultation voir M. X..., et nous décidons qu'une intervention chirurgicale est indispensable; nous faisons naturellement à la famille les plus grandes réserves pour le pronostic. A 11 heures, mon collègue Favreul opère rapidement la hernie étranglée, avec anesthésie à la cocaïne; toute la journée, le malade est très dyspnéique, cyanosé; on pratique plusieurs injections d'huile éthérée et camphrée. Le 24 février, la température s'abaisse à $37^{\circ}5$; le foyer congestif de la base gauche est en voie d'amélioration.

Les jours suivants, l'amélioration continue.

Le 5 mars, M. X... commence à se lever et, en avril, il peut sortir faire de courtes promenades.

Juin 1923. — Etat grave; dyspnée très marquée; congestion passive des bases, surtout à droite; foie très gros et douloureux; œdème des jambes et des cuisses.

En juillet, amélioration notable.

Fin juillet et premiers jours d'août, encore une crise très inquiétante d'asystolie.

Après cette dernière crise, M. X... se remet peu à peu; il reste cependant hyposystolique, avec de l'arythmie, de la dyspnée au moindre effort. Il peut se promener deux ou trois fois par semaine. En avril 1924, il a parfaitement bien supporté l'opération de la cataracte qui a été pratiquée par le Docteur Chaillou.

De mai à septembre 1924, la situation est très bonne; M. X... peut aller faire un voyage en Vendée.

En septembre 1924, septicémie à entérocoques; fièvre d'abord intermittente, puis continue pendant plus de 40 jours. Aucun symptôme d'asystolie. Guérison de la septicémie, qui a évolué sans incident cardiaque.

OBSERVATION XVIII

M. A..., 62 ans. Jusqu'à 59 ans, a mené une vie très active; en 1921, un peu de dyspnée d'effort; le cœur est régulier; hypertension (20-11 au Pachon); traces d'albumine dans les urines; théobromine, gui, régime lacto-végétarien peu salé.

En juillet 1922, un soir, après avoir fait de nombreuses courses, il rentre chez lui essoufflé, avec angoisse précordiale. Je suis appelé aussitôt et trouve un cœur très irrégulier; digitaline. En deux jours, le cœur se régularise. Je lui conseille de renoncer aux longues promenades, de se reposer.

M. A... ne veut pas renoncer à la vie active. Etant à la campagne, en septembre, seconde crise d'insuffisance cardiaque. Le médecin consulté par lui à la campagne lui donne de la digitaline et insiste sur la nécessité du repos.

Le malade, cette fois convaincu, change son genre de vie, ne fait que de courtes sorties, surveille son régime; il prend, tantôt de la digitaline, tantôt de l'ouabaïne. Grâce à ces précautions, il n'a eu en 1923 qu'une petite crise d'arythmie et de dyspnée.

En 1924, la situation se maintient bonne.

Si nous cherchons à dégager un tableau d'ensemble de ces dix-huit observations, nous constatons qu'il s'agit de malades âgés de 62 à 96 ans dont l'histoire clinique est à peu près toujours la même : ce sont des gens qui

ont ordinairement mené une vie très active, qui ont exercé pour la plupart des professions manuelles assez pénibles et qui ne présentent pas de gros antécédents pathologiques. Aux environs de la soixantaine, ils ont commencé à ressentir à l'occasion d'efforts, de fatigues, de l'essoufflement souvent accompagné de palpitations, de gêne rétro-sternale, ou encore des accès d'asthme nocturnes; puis cette dyspnée intermittente a fait place peu à peu à une oppression continue; les malades remarquaient en même temps que leurs jambes étaient un peu enflées le soir. Ils ont dû alors interrompre leur travail et demander leur hospitalisation comme vieillards. Enfin la défaillance cardiaque continuant à s'accroître d'une manière progressive, ils ont fait — quelques années seulement après les premiers signes de sclérose myocardique — une grande attaque d'asystolie qui les a amenés à l'infirmerie. A partir de cette époque, ils ont présenté un syndrome constant d'hyposystolie avec crises plus ou moins fréquentes de grande insuffisance cardiaque mettant souvent leur vie en danger. Néanmoins, grâce au repos, aux cures de digitaline, ils ont surmonté ces accidents aigus et ils arrivent ainsi à vivre encore plusieurs mois ou même plusieurs années.

Est-ce à dire que tous les cas d'insuffisance cardiaque survenant chez les vieillards comportent cette longue survie? Evidemment non. La mort peut survenir quelques mois ou quelques semaines après les premiers accidents. Voici quatre observations de malades ayant présenté cette évolution rapide.

OBSERVATION XIX

(M. le Docteur BRELET)

Mme L..., 82 ans, a toujours eu une bonne santé et a mené une vie active.

En août 1923, étant aux environs de Nantes, elle se sent fatiguée, un peu essoufflée. Un médecin appelé près d'elle lui trouve le cœur malade, lui prescrit de la digitaline et du strophantus.

Je vois cette malade le 8 octobre 1923 : elle présente alors de l'œdème des jambes, de l'arythmie. Tension au Pachon : 13-8. Traitement : repos, digitaline.

Le 17 octobre, la malade se lève un peu; vers 5 heures, elle se sent fatiguée. A 7 heures, elle est prise de dyspnée et de cyanose. J'arrive à 8 heures et la trouve dans le coma: on ne sent plus le pouls; la malade asphyxie et meurt à 8 h. 1/4.

OBSERVATION XX

(M. le Docteur BRELET)

M. X..., 68 ans.

Je suis appelé, le 28 janvier 1924, par mon excellent confrère le Dr Luneau (de Saint-Sébastien) pour voir avec lui M. X... C'est un homme de 68 ans, ayant été longtemps très robuste et très actif. Depuis environ quatre mois, il a de temps en temps des petites crises d'hyposystolie et depuis quelques jours il est en pleine asystolie.

Le jour de mon examen, je constate de l'œdème des membres inférieurs, un gros foie douloureux, de la congestion des bases des poumons, un gros cœur tachy-arythmique. Traitement habituel : digitaline, solubaine. Une légère amélioration survient; puis rechute, et le malade meurt dans les premiers jours de mars 1924.

OBSERVATION XXI

P..., 79 ans, entre le 6 mars 1923 à l'infirmerie de Saint-Jacques. Il a toujours été bien portant jusqu'ici et n'a même jamais été gêné par de la dyspnée d'effort. Ce n'est que depuis quinze jours qu'il se sent oppressé, se plaint d'étourdissements, et que la marche lui est pénible. A l'examen : œdème des malléoles et de la face interne des jambes; cœur arythmique, souffle systolique mitral; pouls 96; quelques râles de congestion aux bases; pas d'albumine.

Après une amélioration passagère, la situation s'aggrave brusquement et le malade meurt le 14 mars 1923.

OBSERVATION XXII

Mme C..., 93 ans, entre le 30 octobre 1924 à l'infirmerie, avec une dyspnée très vive et un œdème énorme. Cœur tachy-arythmique sans souffle; congestion du foie et des bases.

La malade, bien portante auparavant, était sujette depuis 6 à 7 mois à des essoufflements.

On la soumet au traitement habituel. Les symptômes s'amendent un peu, mais l'œdème persiste. La malade succombe le 8 novembre.

Il existe donc des cas à marche rapide; néanmoins, ils nous paraissent d'une fréquence moindre que ceux à évolution lente.

Il est souvent bien difficile de découvrir pourquoi tel asystolique a résisté pendant longtemps, alors qu'un autre a succombé quelques mois après le début des symptômes. C'est que les altérations myocardiques n'expliquent pas tous les phénomènes : de multiples facteurs secondaires dus aux troubles surajoutés des

autres organes interviennent dans la marche de la maladie. De là l'utilité des formes cliniques qui permettent de diviser l'ensemble des cas particuliers à évolution si variée en un certain nombre de groupes où l'évolution et le pronostic peuvent être fixés d'une façon plus précise.

Dans la forme cardio-pulmonaire, l'insuffisance cardiaque ne se révèle pendant longtemps que par des symptômes respiratoires (dyspnée, toux) qui ne sont rapportés à leur cause que lorsque la cardiopathie est reconnue. Chez les vieillards artério-scléreux, des congestions pulmonaires répétées constituent souvent pendant de longs mois les seuls phénomènes pathologiques : la stase chronique des bases se complique de sclérose, de poussées de bronchite aboutissant à un véritable catarrhe chronique. Chez les vieux asthmatiques, les emphysémateux, la cyanose deviendra vite intense et les accidents asphyxiques seront particulièrement à redouter. A propos de ces déterminations respiratoires, nous devons faire une mention spéciale pour la fréquence des épanchements pleuraux dans l'asystolie chronique du vieillard. Essentiellement récidivants, tantôt bi, tantôt unilatéraux, siégeant alors le plus souvent à droite et présentant les caractères d'un hydrothorax ou bien d'une pleurésie, ils augmentent dans tous les cas la dyspnée, s'opposent à l'action de la digitale, et peuvent parfois par leur abondance provoquer la mort subite. Ils sont d'autant plus redoutables que leur allure est sournoise, leur symptomatologie extrêmement discrète. Si une base est mate, un peu obscure,

il faut soupçonner un épanchement, pratiquer une ponction exploratrice, et lorsqu'on trouve du liquide, l'évacuer d'urgence.

D'autres vieillards feront des manifestations à forme cardio-hépatique : la répétition des phénomènes congestifs du côté du foie, favorisés par une atteinte antérieure de l'organe, comme c'est le cas chez les anciens éthyliques, ajoutera aux dangers propres de l'insuffisance cardiaque ceux de l'insuffisance des fonctions hépatiques.

La congestion passive des reins est la règle dans toute insuffisance cardiaque; mais chez le vieillard, les phénomènes rénaux dominent parfois la scène en raison de la poly-sclérose qui frappe les appareils circulatoire et urinaire: la forme rénale, avec son albuminurie, son bruit de galop, est l'apanage des hypertendus et fait redouter l'apparition des accidents urémiques qui hâtent si souvent la fin de ces malades.

Enfin la présence de phénomènes cérébraux, de complications digestives, infectueuses, etc., pourra encore, suivant les sujets, ajouter ses effets à ceux de l'insuffisance cardiaque, modifier l'évolution de la maladie, et influencer par conséquent sur le pronostic.

Le *dénouement fatal* peut se faire de diverses manières : la mort subite par syncope n'est pas rare. Le malade peut encore être enlevé brusquement par une crise d'angine de poitrine, un accès d'œdème aigu du poumon, une embolie pulmonaire, une rupture du myocarde par infarctus.

D'autres fois la terminaison est moins rapide et due

à des accidents subaigus de dilatation cardiaque ou à une violente attaque d'asystolie.

Le plus souvent, la mort survient d'une façon lente, elle est la conséquence d'une asystolie progressive avec encombrement des poumons par bronchite et congestion; l'insuffisance rénale et hépatique peut venir combiner ses effets à ceux de l'insuffisance cardiaque: il arrive souvent que les malades succombent avec des signes d'urémie chronique, des troubles de la circulation cérébrale (délire, subcoma).

Il ne faut pas oublier enfin le grave danger qui résulte pour un vieillard atteint de sclérose cardiaque, même d'apparence légère, de l'apparition d'une infection intercurrente (maladies infectueuses, affections respiratoires...); un érysipèle, une grippe, une simple bronchite peuvent devenir le point de départ d'accidents graves, d'asystolie aiguë et entraîner rapidement une issue fatale.

Les difficultés du pronostic sont loin d'être toujours les mêmes; en face d'un cardiaque arrivé à une période de cachexie avancée, on se rend rapidement compte de son état: mais il ne faut pas se hâter de formuler un pronostic désespéré, car on observe parfois sous l'influence d'un traitement bien dirigé de véritables résurrections. A plus forte raison faut-il être prudent au début des symptômes de la myocardite sénile. Comme le dit avec humour Fiessinger, « le praticien s'en souviendra en ne laissant pas prévoir trop tôt la disparition des parents à héritage. Ils peuvent très bien enterrer et leurs héritiers et leur médecin. »

Quels sont les éléments qui peuvent permettre de fixer un pronostic en face d'un vieillard atteint d'insuffisance cardiaque chronique ?

Tout d'abord l'évolution antérieure de la maladie, révélée par l'interrogatoire, a une importance : la date ancienne des accidents asystoliques, la permanence d'un état d'insuffisance cardiaque, constituent une aggravation du pronostic.

Il faut tenir compte aussi de l'état anatomique du cœur : la coexistence d'une lésion valvulaire mitrale, l'altération des coronaires, sont des signes fâcheux.

En troisième lieu, il est d'un intérêt capital de rechercher par un examen complet du sujet l'existence d'altérations des autres organes : un état pathologique surajouté constitue une aggravation notable du pronostic. Nous ne reviendrons pas sur ces éléments dont nous avons déjà parlé à propos des formes cliniques.

Enfin le pronostic dépend aussi du traitement antérieurement suivi par le malade : une hygiène défectueuse, des doses médicamenteuses inopportunes, sont des éléments qui compromettent fort l'avenir du malade. Nous sommes ainsi amenés à dire quelques mots sur le traitement qu'il convient d'employer dans ces cas.

DEUXIÈME PARTIE.

TRAITEMENT

On ne peut se flatter de guérir un vieillard atteint de myocardite chronique et faisant de l'insuffisance cardiaque, mais il est possible, comme nous venons de l'exposer, de réduire au minimum les troubles fonctionnels, retarder l'échéance des complications et par conséquent favoriser une survie de plusieurs mois ou de quelques années.

Les moyens thérapeutiques dont on dispose dans ce but ont fait depuis longtemps et continuent à faire l'objet d'innombrables travaux. Aussi n'avons-nous pas la prétention de reprendre en détail cette étude, et nous chercherons simplement à esquisser les grandes lignes du traitement qui, à l'Hospice Saint-Jacques, nous a toujours donné complète satisfaction.

Inutile de rappeler que cette thérapeutique aura d'autant plus de chance d'amener des résultats favorables qu'elle sera prescrite plus tôt.

A. MOYENS HYGIÉNIQUES. — Le *repos* est la première

prescription qu'il convient de faire. Non seulement le malade doit éviter tout surmenage physique ou intellectuel, mais encore il doit réduire au minimum ses efforts en adoptant pour ainsi dire, comme le recommandait Van Swieten, « un genre de vie tellement calme qu'il ne se produise pas un seul mouvement du cœur qui ne soit indispensable à la vie. » Certes, les cas légers pourront se permettre un exercice modéré, mais si les accidents d'insuffisance cardiaque ont tendance à se renouveler, le repos complet au lit s'impose.

Il faut insister auprès des malades sur l'importance de cette prescription assez pénible, qu'ils acceptent parfois difficilement, et leur faire comprendre que la moindre fatigue, imposant au cœur un surcroît de travail qu'il n'a pas la force de fournir, peut être la cause d'une grande crise d'asystolie. La malade de l'observation XVI, âgée de 96 ans, supporte à merveille ses lésions myocardiques, mais ne se lève plus depuis trois ans.

Dans leur *régime alimentaire*, les cardiaques doivent veiller à la fois à la qualité et à la quantité des aliments. Le lait et les légumes formeront le fond de l'alimentation; il faut défendre les aliments fermentescibles ou peu digestibles. Les sujets atteints de sclérose myocardique ayant souvent en même temps de la sclérose rénale, la viande et le poisson, riches en azote, ne seront pris qu'en petite quantité. Pour la même raison, il est prudent de prescrire la réduction des chlorures, la rétention de sel étant capable, chez beaucoup de cardiaques en imminence d'insuffisance, de faire apparaître

toutes les complications, depuis l'œdème jusqu'à la dyspnée.

Des repas trop abondants sont funestes, surtout le soir où les accidents ont coutume d'apparaître : l'estomac surchargé, dilaté, fatigue le cœur en refoulant le diaphragme et contribue à congestionner le foie. La quantité des boissons doit être surveillée également : l'abus des liquides, qui provoque et augmente les œdèmes, est souvent cause d'accidents graves chez les sujets dont la perméabilité rénale est entravée et nous savons que c'est la règle chez les vieux cardiaques avec hypertension et sclérose artérielle généralisée. La réduction des boissons, qui décongestionne le rein, rétablit la diurèse, tonifie le cœur, est une méthode reconnue aujourd'hui indispensable dans tous ces cas. La quantité des liquides absorbés en 24 heures ne dépassera jamais un litre et demi; dans les cas graves ce maximum sera ramené à un litre et même moins, tant que la diurèse ne sera pas rétablie normalement.

B. MÉDICATIONS TONICARDIAQUES. — *La digitale et les strophantus* constituent actuellement les deux grandes ressources thérapeutiques dont nous disposons contre l'insuffisance cardiaque.

Nous ne nous étendrons pas sur les diverses préparations de digitale utilisables; les unes et les autres peuvent avoir leurs avantages, mais au point de vue pratique elles ont cédé la première place à la *digitaline* cristallisée. Les préparations galéniques ont en effet le grave défaut, sur lequel insiste le Professeur Vaquez,

de constituer des substances d'activité non comparable d'un échantillon à un autre, en raison de leur teneur extrêmement variable en principes actifs; tandis que la digitaline est un produit bien défini, stable, d'activité constante. Quoi qu'il en soit, le vieillard atteint d'insuffisance cardiaque chronique ne doit pas se passer de digitale. C'est, selon l'expression de Fiessinger, « l'aliment de rigueur, aussi indispensable au cardiaque que la thyroïde aux myxœdémateux. »

La posologie de la digitaline a donné lieu à de nombreuses controverses. Certains auteurs, avec le Professeur Vaquéz, déclarent que le procédé des fortes doses est seul conforme à la logique et à l'observation, et prescrivent un milligramme en une seule fois. Lutenbacher rejette aussi les petites doses, estimant qu'elles ont une action dépressive sur le cœur, mais préfère aux doses massives, dangereuses, des doses moyennes (vingt gouttes *pro die* de solution au millième pendant 3 jours). Enfin d'autres, comme Fiessinger, Manquat, Pouchet, s'en tiennent aux petites doses recommandées autrefois par Huchard et Duroziez; ils redoutent de donner un coup de fouet au myocarde altéré et cherchent à obtenir une action moins intense mais plus durable.

Par conséquent, au point de vue pharmacodynamique, les avis sont très différents et la question est loin d'être réglée. Nous n'avons pas qualité pour prendre position dans un tel débat, et juger quelle est en définitive la meilleure méthode. En ce qui concerne les cas que nous étudions ici, ne pourrait-on pas admettre que, si l'administration des doses massives est

indiquée dans les accidents aigus où une intervention énergique et urgente s'impose (cas où l'ouabaine fait merveille), le plus souvent les doses moyennes ou même les petites doses suffisent au cœur sénile qui est facilement influencé par la digitale ? Dans ce cas, on peut prescrire dix gouttes par jour de solution de digitaline cristallisée au millième, pendant cinq jours ; on interrompt cinq jours, puis on reprend la médication, et ainsi de suite. L'intervalle entre chaque cure peut être porté ensuite à huit, dix jours ou même plus, quand les symptômes sont atténués, mais il ne faut jamais cesser complètement. Souvent, les malades intelligents arrivent à fixer eux-mêmes la durée de l'intervalle de repos, sentant lorsqu'il est temps de reprendre leur tonique cardiaque.

L'emploi de l'ouabaine, glucoside extrait du *strophanthus gratus*, s'est généralisé récemment, en raison de sa puissante action cardiotonique. Bien manié, c'est un médicament sans danger. En injections intraveineuses, il rétablit rapidement la tonicité et la contractilité du myocarde dans les accidents aigus d'insuffisance cardiaque. Quand ceux-ci ont cédé, il faut maintenir l'équilibre circulatoire par un traitement d'entretien prolongé et ne pas attendre de nouveaux accidents pour agir ; dans ces cas, la voie gastrique donne d'excellents résultats. On prescrira par exemple vingt gouttes par jour de solution au millième d'ouabaine Arnaud, pendant cinq ou dix jours, et on renouvellera régulièrement les cures après des repos de une à trois semaines, suivant le degré de l'insuffisance. Certains auteurs,

jugeant insuffisantes ces doses par voie buccale, atteignent et même dépassent cent gouttes par 24 heures; mais, à Saint-Jacques, nous avons toujours obtenu de bons résultats avec des doses beaucoup plus faibles; ici encore, plusieurs cas seraient à distinguer d'après la forme clinique de l'asystolie.

Il était logique d'associer dans le traitement de l'insuffisance cardiaque les deux meilleurs cardiotoxiques que nous possédons, la digitaline et l'ouabaïne, dont l'action un peu différente sur l'excitabilité et la contractilité myocardique se renforce et se complète mutuellement. Dans la myocardite sénile, cette association est indiquée quand à l'hyposystolie s'ajoutent des signes d'insuffisance ventriculaire gauche chronique. Ce fait, démontré par Vaquez, que l'ouabaïne réactive la digitale a conduit à faire précéder le traitement digitalique habituel, lorsque celui-ci ne donne que des résultats incomplets ou nuls, par l'administration préliminaire de faibles doses d'ouabaïne. De là une première méthode thérapeutique, préconisée par Vaquez et Lutembacher, qui l'estiment préférable à la seconde méthode, celle de l'emploi simultané des deux médicaments. Ces deux auteurs font remarquer en effet que, l'élimination de l'ouabaïne étant rapide et celle de la digitaline très lente, il y a lieu de redouter l'accumulation des effets toxiques des deux produits en les administrant ensemble ou encore en injectant de l'ouabaïne aussitôt après une cure digitalique. Au contraire, MM. Laubry, Danielopolu, Routier, Giroux, recommandent cette prescription simultanée. Laubry, par

exemple, se sert, en injection ou ingestion, d'un mélange de 2/3 d'ouabaïne et de 1/3 de digitaline.

A l'infirmerie de Saint-Jacques, on se trouve bien, dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique des vieillards, de cures alternatives de digitaline et d'ouabaïne séparées chacune par des périodes de repos de plusieurs jours.

Quelle que soit la méthode à laquelle on donne la préférence, le praticien possède actuellement, dans ces deux glucosides, les armes de choix, indispensables à la lutte contre l'insuffisance cardiaque. Leur efficacité, leur maniement facile, ont reporté au second plan toutes les autres médications toni-cardiaques, que nous nous permettrons par conséquent de passer sous silence dans ce court exposé. Cependant, avant de terminer ce paragraphe, nous devons mentionner, comme succédané de ces deux cardio-toniques, les préparations galéniques de *strophanthus hispidus*, dont les effets sont excellents sur le cœur sénile.

C. TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. — En dépit de leur action énergique sur le myocarde défaillant, la digitale et l'ouabaïne ne suffisent pas pour prolonger la vie des vieillards atteints d'insuffisance cardiaque. Il faut aussi parer aux conséquences de la stase veineuse dans les divers organes, tendre à l'évacuation des œdèmes sous cutanés et des épanchements dans les séreuses. La levée de ces obstacles, de ces « barrages périphériques », s'impose pour que la digitale puisse accomplir son œuvre.

Du côté de l'appareil respiratoire, outre la congestion passive des bases pulmonaires, contre laquelle on utilisera les moyens de révulsion habituels (ventouses sèches ou scarifiées), l'accident particulièrement fréquent consiste dans l'existence d'un épanchement pleural uni ou bilatéral qu'on ne doit pas hésiter à ponctionner de bonne heure, même dans les cas où le liquide paraît peu abondant, les erreurs d'évaluation étant fréquentes.

On pourra de temps en temps décongestionner le gros foie des cardiaques par l'application de quelques sangsues ou de ventouses scarifiées sur la région hépatique.

La révulsion, appliquée sur la région lombaire, sera utilement employée pour lutter contre la congestion rénale. L'emploi des diurétiques est recommandable : nous devons insister surtout sur les bienfaits de la théobromine associée au traitement digitalique ; non seulement la théobromine est un excellent diurétique et un agent déchlorurant de premier ordre, — tout à fait indiquée par conséquent chez ces asystoliques qui font de la rétention chlorurée bien plus qu'azotée, — mais c'est aussi un toni-cardiaque dont l'action n'est pas à négliger.

Les diurétiques, ajoutant leur action à celle de la digitale, permettront de lutter contre les œdèmes périphériques. Quand ceux-ci persistent malgré le traitement, que l'infiltration est énorme, remonte à la paroi abdominale, à la région lombo-sacrée, il peut devenir nécessaire d'évacuer le liquide qui distend les mailles du tissu cellulaire sous cutané et menace de rompre la

peau. On y parvient au moyen de mouchetures faites, avec des aiguilles flambées, sur les membres inférieurs, — vieux procédé qui a été abandonné en raison des méfaits qu'on lui a imputés (risques d'érysipèle, de lymphangite), mais qui peuvent facilement être évités par une asepsie convenable. Les mouchetures permettent souvent d'évacuer une quantité considérable de sérosité, soulageant ainsi le malade et favorisant l'action de la digitale.

Avant de terminer, rappelons enfin l'utilité de la saignée dans l'asystolie avec cyanose et dans l'asystolie des cardio-rénaux.

CONCLUSIONS

Il ne faut jamais désespérer en présence d'un vieillard asystolique : le cœur sénile est susceptible en effet de résister pendant des mois et des années à des accidents d'insuffisance. Alors même que la situation paraît très grave, nous possédons aujourd'hui des ressources thérapeutiques suffisamment puissantes pour nous permettre d'envisager un pronostic assez optimiste, et d'espérer, après la disparition des phénomènes aigus, une longue survie du malade. Et nous ne pouvons mieux faire que de terminer sur ces paroles de Huchard :

« Il n'y a pas de maladie chronique où, grâce à l'intervention de l'hygiène basée sur la pathogénie, grâce à l'efficacité grande d'agents médicamenteux, la médecine soit moins désarmée et plus apte à retarder pendant de longues années l'échéance fatale. Corvisart a donc commis une erreur en reproduisant cette citation de désespérance en tête de son livre : *haeret lateri lethalis arundo*. Le plus grand clinicien du siècle, Laennec,

qui s'est rarement trompé, a dit avec plus de raison et de vérité : « On réussit à faire vivre pendant de longues années certains malades avec des affections du cœur plus ou moins graves. »

Vu : Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
NOBÉCOURT.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- BARIÉ. — *Traité pratique des Maladies du cœur et de l'aorte*, 1912.
- BOUCHARD et BRISSAUD. — *Traité de Médecine*, tome VIII. 1902.
- BRELET. — Le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique des vieillards (*Bull. gén. de Thérap.*, 1924, n° 7).
- BRELET et JOUBERT. — Le pronostic de l'asystolie des vieillards (*Soc. méd.-chirurg. des Hôpitaux de Nantes*, mai 1924, et *Gazette méd. de Nantes*, 1924, n° 17).
- DIMITRACOFF. — *Thèse de Paris*, 1922.
- DUMAS. — L'ouabaïne (*Revue de Méd.*, 1924, n° 8).
- FIESSINGER. — *Le Traitement des Maladies du cœur et de l'aorte en clientèle*, 1920.
- *Les Pronostics du praticien en clientèle*, 1923.
- HAUSHALTER. — *Recherches sur le cœur sénile* (*Th. de Nancy*, 1886).
- HUCHARD. — *Rapport sur les myocardites chroniques* (*Congrès de Méd.*, Lille, 1899).
- *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*.
- *Maladies du cœur. Artério-sclérose*, 1910.
- LECLERCO. — *Les Maladies du cœur et de l'aorte et leur traitement*, 1923.
- LENCLOS. — L'ouabaïne cristallisée Arnaud en thérapeutique cardiaque (*Th. Paris*, 1919).

- LIAN. — Maladies du cœur, tome IV du *Traité de Pathol. méd. et de théér. appliquée*, 1921.
- LUTEMBACHER. — Médicaments cardiaques (*Bull Méd.*, 12 avril 1924).
- MANQUAT, FIESSINGER, POUCHET. — *Acad. de Médecine*, 7 mai 1921.
- NICOLLE. — Les grandes scléroses cardiaques (*Th. Paris*, 1890).
- POTAIN. — *Clinique médicale de la Charité, Paris*, 1894.
- THOMAS-COTTON. — Le pronostic dans les affections cardiovasculaires (*The Britich Med. Journ.*, 23 février 1924).
- VAGUEZ. — Maladies du cœur, tome XXIII du *Nouveau Traité de Méd. et de Thérap.*, 1921.
- La digitale (*Arch. des Mal. du cœur*, oct. 1924).
- VAGUEZ et LUTEMBACHER. — Ouabaïne et digitale en thérapeutique cardiaque (*Paris Médical*, 4 mai 1918).
- WHITE. — Le pronostic dans les affections cardiaques (*Amer. Journ. of the Med. Sci.*, janvier 1919).
-

